



**You have downloaded a document from
RE-BUS
repository of the University of Silesia in Katowice**

Title: Transseksualizm czy zaburzenia psychotyczne? Opis przypadku

Author: Tomasz Jakubowski

Citation style: Jakubowski Tomasz. (2019). Transseksualizm czy zaburzenia psychotyczne? Opis przypadku. "Psychiatria Polska" (2019, nr 150, s. 1-13), doi 10.12740/PP/OnlineFirst/112442



Uznanie autorstwa - Licencja ta pozwala na kopiowanie, zmienianie, rozprowadzanie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie pod warunkiem oznaczenia autorstwa.



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Transseksualizm czy zaburzenia psychotyczne? Opis przypadku

Transsexualism or psychotic disorder? A case study

Tomasz Jakubowski

Instytut Psychologii, Uniwersytet Śląski w Katowicach

Summary

The aim of the paper is to analyze the case of a man suffering from paranoid schizophrenia who experiences delusions and hallucinations concerning gender change, and to present a short overview of the literature. The data presented in the case study were collected during a clinical interview, in the six-month diagnostic process. The interview was partly structured; the battery of tests were also used: MMPI-2, SCID-I, SCID-II, IPP, MoCA, and WAIS-R. A case study of a person whose birth-assigned sex was male but who identifies as female. In the diagnostic process, it turned out that he had delusions and hallucinations, which seem to have a dominant impact on the gender incongruence. The results of the tests seem to confirm the hypothesis that the diagnosis of paranoid schizophrenia was right. Taking into consideration the presented case study, it can be stated that, diagnosing transsexualism, it is vital to distinguish it from psychotic disorders.

Słowa kluczowe: transseksualizm, dysforia płciowa, zaburzenia psychotyczne

Key words: transsexualism, gender dysphoria, psychotic disorders

Wstęp

Proces diagnozowania transseksualizmu stanowi duże wyzwanie dla specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym, co potwierdza szereg opisanych już przypadków [1–6]. Dlatego szczególnie ważne w procesie diagnozy pacjenta dążącego do korekty płci jest odróżnienie zgłaszanych problemów składających się na dysforię płciową od szeregu zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń o charakterze psychotycznym, w których wypadku istnieją badania świadczące o wysokiej częstotliwości [7, 8] występowania urojeń tzw. pseudotransseksualnych w obrazie klinicznym schizofrenii.

Celem pracy jest przedstawienie opisu przypadku osoby, która na skutek doświadczanych objawów psychotycznych zapragnęła poddać się korekcji płci, oraz komentarza do niego, a także krótkiego przeglądu literatury przedmiotu.

Transseksualizm/transpłciowość

Transseksualizm to jedno ze zjawisk ze spektrum transpłciowości, najkrócej można je zdefiniować jako poczucie niezgodności pomiędzy płcią przypisaną po urodzeniu a tą, z którą jednostka się identyfikuje [9]. W klasyfikacji ICD-10 został zdefiniowany (F64.0) jako: „Pragnienie życia i uzyskania akceptacji jako osoba płci przeciwnej w porównaniu z własną, czemu towarzyszy zazwyczaj uczucie niezadowolenia z powodu własnych, anatomicznych cech płciowych oraz poczucie ich nieprawidłowości, a także chęć poddania się leczeniu hormonalnemu lub operacyjnemu, by upodobnić własne ciało tak dalece, jak tylko to jest możliwe – do ciała płci preferowanej. [...] By ustalić rozpoznanie, tożsamość transseksualna powinna utrzymywać się stale, przynajmniej od 2 lat i nie może być przejawem innego zaburzenia psychicznego, takiego jak schizofrenia, czy też zaburzeń związanych z jakąkolwiek nieprawidłowością interseksualną, genetyczną lub dotyczącą chromosomów płciowych” [10, s. 163].

W najnowszej klasyfikacji ICD-11 „transseksualizm” zostanie zastąpiony przez „niezgodność płci u adolescentów i dorosłych” [11]. Ważnym aspektem nadchodzących zmian w tej klasyfikacji jest demedycyzacja transseksualności, podkreślenie faktu, że wszelkie działania terapeutyczne skierowane są na poczucie niezgodności płci, co może przyczynić się do zmniejszenia stygmatyzacji osób transseksualnych/transpłciowych. Podobny kierunek obrało wcześniej Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne w DSM-5, zastępując „zaburzenia tożsamości płciowej” „dysforią płciową” [12].

Etiologia transseksualizmu/transpłciowości nie została jeszcze rozstrzygnięta. Proponowano szereg teorii psychospołecznych, które identyfikację z płcią inną niż ta przypisana po urodzeniu z jednej strony wiążą z procesami psychotycznymi, z drugiej zaś z symbiotyczną identyfikacją z matką u transkobiet i wzmacnianiem zachowań stereotypowo przypisywanych osobom płci przeciwnej [13]. Obecnie jednak zdają się dominować teorie postulujące wpływ zmiany stężeń hormonów płciowych w okresie prenatalnym na późniejsze identyfikowanie się jednostki jako osoby transpłciowej [14], teorie mózgowe [15–17] i teorie genetyczno-prenatalne [18].

Trudności nastręcza również określenie występowania transseksualizmu/transpłciowości w populacji – w wielu badaniach, które zajmowały się tą tematyką, przyjmowano różną metodologię doboru grupy. Stąd też szacowane przedziały występowania osób transseksualnych/transpłciowych są bardzo zróżnicowane [19, 20]. Według Światowej Organizacji Zdrowia wynoszą one odpowiednio 1:30 000 i 1:70 000 dla osób o przypisanej po urodzeniu płci męskiej i żeńskiej [10].

Zaburzenia psychotyczne a tożsamość płciowa

Stusiński i Lew-Starowicz [2] wyróżnili 4 mechanizmy wpływające na problemy w zakresie identyfikacji płciowej o podłożu schizofrenicznym: (1) trudności tożsamościowe jako stresor sprzyjający wystąpieniu objawów schizofrenii, (2) trudności tożsamościowe jako następstwo schizofrenii, (3) wspólne podłoże neurobiologiczne schizofrenii i dysforii płci, (4) wpływ właściwych dla schizofrenii deficytów funkcji

psychicznych na tożsamość płci. W pierwszym wypadku objawy schizofrenii wyjaśniane są w ramach modelu „stresu-podatności”, gdzie problemy z kształtowaniem się tożsamości mające wynikać z negatywnego wpływu środowiska rodzinnego stanowią jeden z ważniejszych stresorów, który w razie istnienia podatności na zachorowanie na schizofrenię ma ją uaktywnić [2, 21]. W drugim problemy doświadczane przez jednostkę w zakresie własnej tożsamości płciowej mają wynikać z samego przebiegu schizofrenii, gdzie osoba doświadczająca psychozy postrzega nie tylko rzeczywistość zewnętrzną w sposób zniekształcony, ale zniekształceniu ulega też obraz samego siebie [2]. W trzecim wypadku mają istnieć przesłanki ku temu, by traktować dysfориę płciową i schizofrenię jako zaburzenia neurorozwojowe [17]. Według Rajkumara [17] i Fontanari i wsp. [22] mają o tym świadczyć wspólne dla nich obniżone stężenie neurotroficznego czynnika pochodzenia mózgowego, zmiany w mózgu w zakresie lateralizacji i dymorfizmu płciowego oraz w stężeniach hormonów płciowych w okresie prenatalnym [2]. W czwartym wypadku na trudności dotyczące tożsamości płciowej osoby cierpiącej na schizofrenię mają wpływać deficyty w ramach funkcjonowania poznawczego, emocjonalnego i społecznego jeszcze na etapie przedpsychotycznym. Mogą one oddziaływać na kształtujący się obraz siebie, w tym to, jak jednostka się identyfikuje [2, 17].

Objawy psychiatryczne dotyczące płci, jej „zmiany”

Zarówno dla urojeń, jak i omamów (zwłaszcza czuciowych i wzrokowych), literatura kazuistyczna dostarcza przykładów, w których ich treść dotyczy płci, jej „zmiany” [4, 23–25]. Najwcześniej opisał je Richard von Krafft-Ebing i określił mianem *metamorphosis sexualis paranoia* [26]. Borras i wsp. [23] wyróżnili 4 typy tzw. urojeń pseudotransseksualnych: (1) urojenia braku płci/neutralności płciowej, (2) urojenia braku przynależności do płci przypisanej po urodzeniu, (3) urojenia przynależności do obu płci jednocześnie oraz (4) urojenia przynależności do płci innej niż ta przypisana po urodzeniu. Urojenia „pseudotransseksualne” nasilają się w psychozie i zanikają po jej ustąpieniu [27]. Dodatkowym elementem ułatwiającym różnicowanie w tym wypadku treści urojeniowych od nieurojeniowych mogą być doświadczenia dysforyczne związane z poczuciem niezgodności płci psychologicznej z płcią biologiczną, jak i gwałtowność zmiany w sposobie identyfikowania się przez jednostkę z płcią inną niż ta przypisana po urodzeniu.

Omamy związane z płcią i jej „zmianą” przyjmują postać omamów czuciowych i wzrokowych [23]. W badaniach Gittlesona i Levine’a [7] 27% przebadanych osób z diagnozą schizofrenii doświadczało omamów dotyczących genitaliów; badacze ci wiąжали również występowanie urojeń odnoszących się do płci z posiadaniem statusu singla oraz współwystępowaniem omamów dotyczących genitaliów. Connolly i Gittleson [28] w przeprowadzonych badaniach zaobserwowali związek pomiędzy współwystępowaniem omamów węchowych i smakowych a urojeniami dotyczącymi zmiany płci.

Zmiany w ciele, których dokonują osoby doświadczające zaburzeń psychiatrycznych

Veeder i Leo [29] na podstawie przeanalizowanych przypadków stwierdzili, że w grupie osób samookaleczających okolice okołogenitalne dominowały osoby z diagnozą zaburzeń ze spektrum schizofrenii (49% badanych). Osoby z tymi zaburzeniami istotnie częściej dokonywały samoamputacji penisa w porównaniu do grupy badanych bez zdiagnozowanych zaburzeń o charakterze psychiatrycznym, u których z kolei dominowały samokastracja (usuwanie jąder przez jednostkę) i okaleczanie okolic okołogenitalnych.

Wpływ farmakoterapii przeciwpsychotycznej na zgłaszane poczucie niezgodności płciowej/dysforii płciowej przez osoby ze zdiagnozowaną schizofrenią

W literaturze kazuistycznej występuje szereg opisów przypadków osób cierpiących na schizofrenię oraz doświadczających niezgodności płci, w których przedstawiono wpływ farmakoterapii na ten problem. Commander i Dean [27] opisali przypadek 24-letniego mężczyzny ze zdiagnozowaną schizofrenią, który przez mniej więcej rok doświadczał urojeń zmiany płci oraz omamów (uważał, że ma waginę zamiast penisa). Po dwumiesięcznym przyjmowaniu wysokich dawek flufenazyny w dwutygodniowych odstępach deklarowane poczucie przynależności do płci przeciwnej zupełnie ustąpiło. Caldwell i Keshavan [30] opisali przypadek 30-letniej osoby, której płeć po urodzeniu określona była jako męska. Od 11. roku życia doświadczała ona urojeń i formalnych zaburzeń myślenia, a także wycofała się z kontaktów społecznych. Od okresu nastoletniego ubierała kobiece stroje, a gdy miała 17 lat, poprosiła najbliższych, żeby zwracali się do niej w formie żeńskiej. W wieku 20 lat przez rok była na hormonalnej terapii zastępczej i rozważała operacyjną korektę płci. Podawany w międzyczasie haloperidol zmniejszył pragnienie korekty płci. Przyjmowała również trifluoperazynę, flufenazynę i lit, które nie wpłynęły znacznie na poczucie niezgodności płci. W wieku 30 lat rozpoczęła przyjmowanie 30 mg klozapiny dziennie. Od tego czasu poczucie niezgodności płci zmniejszyło się, ale nadal występowało.

Jiloha i wsp. [31] przedstawili przypadek 19-letniej kobiety, która doświadczała urojeń zmiany płci – uważała, że jej łechtaczka jest niedorozwiniętym penisem, chciała dokonać operacyjnej korekty płci. Na co dzień funkcjonowała w roli męskiej. Po zdiagnozowaniu schizofrenii wdrożono farmakoterapię – 30 mg trifluoperazyny dziennie w trzech dawkach przez pół roku. Po mniej więcej dwóch miesiącach objawy psychiatryczne dotyczące zmiany płci ustąpiły, a pacjentka znowu zaczęła funkcjonować w kobiecej roli. Z kolei Manderson i Kumar [25] opisali przypadek 35-letniej osoby o żeńskiej płci przypisanej po urodzeniu. Od 20. roku życia leczyła się z powodu schizofrenii, a od dzieciństwa cierpiała z powodu doświadczonych traum. Wierzyła, że po urodzeniu matka obciąła jej penisa i podawała żeńskie hormony. Po śmierci matki, gdy miała 29 lat, zaczęła uważać, że jej ciało powraca do „pierwotnej” męskiej postaci, a od 32. roku zaczęła funkcjonować w roli męskiej. Po wdrożeniu terapii ka-

prynianem flupentiksolu, podawanym w dawce 100 mg na tydzień, urojenia na temat zmieniającej się płci ciała ustąpiły.

Campo i wsp. [32] opisali sytuację mężczyzny, który przez lata stosował hormonalną terapię zastępczą oraz poddał się operacyjnej korekcie płci. Po doświadczonej psychiatrycznej dekompensacji wdrożono u niego terapię przeciwpsychiatryczną z zastosowaniem neuroleptyków. Pacjent w trakcie farmakoterapii stwierdził, że korekta płci była w jego wypadku błędem. Borrás i wsp. [23] przedstawili przypadek 40-letniego mężczyzny z 22-letnią historią leczenia się z powodu schizofrenii paranoidalnej. W wieku 35 lat przeszedł on operacyjną korektę płci, której żałował, ponieważ pragnął móc zmieniać swoje genitalia zależnie od sytuacji. Wdrożona farmakoterapia, 300 mg kłozapiny dziennie, spowodowała, że urojenia uległy znacznemu ograniczeniu, a pacjent zaczął identyfikować się jako mężczyzna. Zafar z kolei [33] opisał przypadek 40-letniego mężczyzny ze zdiagnozowaną schizofrenią, u którego występowały urojenia dotyczące zmiany płci. Zaobserwowano u niego związek pomiędzy stanem zdrowia psychiatrycznego a nasileniem zachowań o charakterze cross-dressingowym. Farmakoterapia z zastosowaniem haloperidolu i amisulpirydu spowodowała zanik deklarowanej niezgodności płci.

W przypadku, który opisali Baltieri i Andrade [34], u osoby o płci żeńskiej przypisanej po urodzeniu, a identyfikującej się jako mężczyzna, zdiagnozowano zarówno schizofrenię, jak i zaburzenia tożsamości płciowej. Osoba ta przed wdrożeniem przeciwpsychiatrycznej farmakoterapii odczuwała silną potrzebę poddania się interwencji chirurgicznej w celu dopasowania ciała do tego, jak się identyfikuje. Po wdrożeniu farmakoterapii domięśniowym haloperidolem w dawce 450 mg miesięcznie objawy zaburzeń tożsamości płciowej nie ustały, osoba ta nadal identyfikowała się jako mężczyzna, a jedyną zmianę w zakresie płciowości zaobserwowano w intensywności pragnienia poddania się interwencji chirurgicznej. Urban i Rabe-Jabłońska [4] opisały przypadek 56-letniej kobiety cierpiącej na schizofrenię paranoidalną od co najmniej 20 lat, która twierdziła, że od wczesnego dzieciństwa była chłopcem. Wielokrotnie hospitalizowana, wiele razy rezygnowała z farmakoterapii przeciwpsychiatrycznej po uzyskaniu poprawy stanu zdrowia. Podczas pobytu w szpitalu zastosowana farmakoterapia olanzapiną spowodowała ustąpienie u tej osoby objawów psychiatrycznych oraz znaczne ograniczenie deklarowanego poczucia niezgodności płci.

Opisy przytoczonych przypadków wskazują na to, że reakcja pacjentów z urojeniami dotyczącymi płci na leki neuroleptyczne i przeciwpsychiatryczne może być trojaka: (1) zanik poczucia niezgodności płci, (2) jego zmniejszenie lub (3) utrzymanie się na stałym poziomie. W pierwszym wypadku mamy do czynienia z urojeniami dotyczącymi płci [23]. W drugim wyjaśnienie może być dwojakie – współwystępowanie transseksualizmu z zaburzeniami psychiatrycznymi [34] bądź częściowa skuteczność farmakoterapii. W trzecim wypadku można brać pod uwagę współwystępowanie dysforii płciowej ze schizofrenią bądź nieskuteczność farmakoterapii wobec objawów wytwórczych.

Współwystępowanie dysforii płciowej oraz zaburzeń ze spektrum schizofrenii

Według szacunków Rajkumara [17] mniej więcej 1 osoba na milion może mieć zdiagnozowaną jednocześnie schizofrenię i dysfориę płciową. Badanie Cole'a i wsp. [35] wykazało, że 0,9% osób badanych doświadczających dysforii płciowej miało postawioną diagnozę schizofrenii. W badaniu Heppa i wsp. [36] stwierdzono, że ponad 6% badanych osób cierpiących na dysfориę płciową na jakimś etapie życia miało zdiagnozowaną schizofrenię lub inne zaburzenia psychiatryczne. W przeprowadzonej przez Campo i wsp. [37] ankiecie wśród psychiatrów w Holandii, którzy mieli transseksualnych pacjentów i pacjentki, 24% z nich twierdziło, że stawiali jednocześnie diagnozę różnych zaburzeń psychiatrycznych (badanie to spotkało się ze znaczną krytyką odnośnie zastosowanej w nim metodologii [38]). Gómez-Gil i wsp. [39] przeprowadzili analizę danych dostępnych w klinice w Barcelonie, z której wynikało, że 2,5% transkobiet i 2,8% transmężczyzn cierpiało na różne zaburzenia psychiatryczne w ciągu życia. W badaniu Lobato i wsp. [40] przeprowadzonym w szpitalu klinicznym Porto Alegre w Brazylii wśród pacjentów z dysfориą płciową 0,7% z nich miało dodatkowo zdiagnozowane zaburzenia psychiatryczne. Hoshiai i wsp. [41] w badaniu przeprowadzonym wśród pacjentów kliniki zaburzeń tożsamości płciowej w Okayamie odnotowali 0,3% osób z podwójną diagnozą – zaburzeń tożsamości płciowej i zaburzeń psychiatrycznych. Ankieta, którą przeprowadzili Heylens i wsp. [42] w grupie osób korzystających z pomocy specjalistycznych ośrodków działających na rzecz osób cierpiących na dysfориę płciową na terenie Norwegii, Holandii, Niemiec i Belgii, ujawniła, że 1% badanych miało zdiagnozowane różne zaburzenia psychiatryczne w chwili badania bądź w przeszłości.

W literaturze kazuistycznej również znaleźć można szereg przypadków osób z diagnozą dysforii płciowej/zaburzeń tożsamości płciowej/transseksualizmu i współwystępującymi zaburzeniami o charakterze psychiatrycznym – opisali je Bhargava i Sethi [43], Siddiqui i wsp. [44] oraz Meijer i wsp. [45].

Metoda

Dane na temat zaprezentowanego poniżej studium przypadku zostały zebrane podczas wywiadu klinicznego w ciągu półrocznego procesu diagnostycznego. Oprócz wywiadu w diagnozie wykorzystano również baterię testów: *Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości – 2* (MMPI-2) [46], *Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń z Osi I DSM-IV-TR* (SCID-I) [47], *Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń z Osi II DSM-IV-TR* (SCID-II) [48], *Inwentarz Płci Psychologicznej* (IPP) [49], *Montreal'ski Test do Oceny Stanu Poznawczego* (MoCA) [50] oraz *Skalę Inteligencji Wechslera dla Dorosłych* (WAIS-R) [51].

Opis przypadku

Osoba badana udzieliła pisemnej zgody na przedstawienie jej przypadku. Mężczyzna w wieku 27 lat, wykształcenie niepełne średnie. X wychowywał się w pełnej

rodzinie (matka – 55 lat, wykształcenie wyższe, ojciec – 56 lat, wykształcenie wyższe), ma siostrę starszą o 2 lata. W wywiadzie rodzinnym krewni zarówno ze strony matki (jej ojciec), jak i ojca (brat ojca) mieli zdiagnozowaną schizofrenię. Ojciec X nadużywał alkoholu (od 15. roku życia X zachowuje trzeźwość). Badany deklaruje dobre relacje z matką oraz siostrą do okresu wczesnogimnazjalnego, kiedy to z powodu jego opuszczenia się w nauce dochodziło do częstych kłótni pomiędzy nim a matką oraz stawiania mu siostry za „wzór”. Relacje z ojcem, według opisu badanego, były złe, co wiązało się przede wszystkim z doświadczaną przemocą fizyczną z jego strony, która ustała wraz z rozpoczęciem przez ojca terapii uzależnień. Relacje z rówieśnikami badany deklaruje jako prawidłowe, do okresu późnogimnazjalnego, kiedy zaczął wycofywać się z kontaktów społecznych oraz doświadczać obniżenia nastroju. Od dzieciństwa do chwili obecnej badany ma zainteresowania oraz preferuje aktywności stereotypowo traktowane jako męskie (interesuje się wojskowością, majsterkowaniem).

W sferze seksualnej badany odczuwa pociąg seksualny do kobiet. Do pierwszych zachowań masturbacyjnych, jakie pamięta, doszło, gdy miał około 15 lat. W fantazjach seksualnych wyobrażał sobie siebie jako mężczyznę podejmującego czynności seksualne z kobietami. Badany twierdzi, że rzadko odczuwał (i nadal rzadko odczuwa) popęd seksualny, dlatego zachowania masturbacyjne podejmował kilkadziesiąt razy w życiu.

W wieku 16 lat badany doświadczył znacznego spadku nastroju oraz towarzyszącej mu abulii, apatii, anhedonii oraz myśli samobójczych i zachowań samouszkodzających (ciął się żyłką po przedramionach). Po próbie samobójczej, podczas której zażył „kilkanaście” tabletek leków uspokajających należących do matki, popijając je wódką, przebywał pod obserwacją na oddziale psychiatrycznym – wtedy zdiagnozowano u niego mieszane zaburzenia depresyjno-lękowe oraz zaburzenia adaptacyjne. Przez mniej więcej rok pozostawał pod ambulatoryjną opieką psychiatryczną; wtedy też przyjmował escitalopram. Badany deklaruje wystąpienie pierwszych objawów psychiatrycznych w wieku 17 lat, kiedy to pojawiły się omamy słuchowe pod postacią głosów komentujących, a później również rozkazujących. Jednocześnie pojawiły się urojenia o charakterze prześladowczym. Po kłótni z matką, podczas której zachowywał się agresywnie i wyrażał treści urojeniowe dotyczące próby otrucia go przez matkę, był hospitalizowany na oddziale psychiatrycznym. Podczas pobytu w szpitalu w wyniku podania olanzapiny zredukowano objawy wytwórcze. W trakcie obserwacji zdiagnozowano u badanego zespół paranoidalny.

W wieku 18 lat badany rozpoczął stosowanie marihuany, początkowo raz w miesiącu, stopniowo zwiększając częstotliwość do 1–3 razy w tygodniu w wieku 21 lat. W tym też czasie próbował „dopalaczy”, mefedronu oraz amfetaminy. Z powyższych substancji psychoaktywnych regularnie zaczął używać amfetaminy. Z powodu bardzo częstych nieobecności w szkole nie zdał do klasy maturalnej. Wtedy też zaczął podejmować się wielu dorywczych prac fizycznych, z których często był zwalniany z powodu nieobecności. Około 20. roku życia przestał, w tajemnicy przed rodziną i lekarzem prowadzącym, stosować leki przeciwpsychotyczne. Uważał, że „tymi lekami” rodzina i lekarze chcą mu „zaszkodzić” i „opanować jego umysł”. Gdy miał około 21 lat pojawiły się u niego pierwsze urojenia i omamy dotyczące własnej płci. Treści urojeniowe przyjęły wtedy postać przekonania, że „nie jest mężczyzną”, przy

jednoczesnym występowaniu omamów czuciowych w okolicach genitalnych (określał je mianem „szczypiokłucia”, wypychania moszny i penisa przez pochwę), które uważał za dowód „dojrzewania pochwy pod moszną i penisem”. Obwiązywał tasiemką członka wraz z moszną, aby przyspieszyć proces „dojrzewania pochwy”. Działanie to nie przyniosło oczekiwanych skutków, więc badany go zaniechał, gdy ból w okolicach okołogenitalnych na skutek otarć stał się bardzo dokuczliwy. W tym czasie zaczął nosić stroje typowo kobiece. Robił to w tajemnicy przed rodziną, ponieważ głosy, które słyszał, „mówiły” mu, że rodzina chce nad nim zapanować, bliscy „chcą [mu] tylko zaszkodzić” i „ma nie mówić rodzinie o tym, że staje się kobietą”.

W wieku 24 lat po utracie kolejnej posady jego konflikt z rodzicami przybrał na sile: badany został hospitalizowany z powodu gróźb samobójczych wygłaszanych pod wpływem treści urojeniowych dotyczących obawy przed „owładnięciem przez rodziców”. Podczas pobytu w szpitalu ponownie podano mu leki przeciwpsychotyczne, które spowodowały obniżenie intensywności objawów psychotycznych. Wtedy też postawiono diagnozę schizofrenii paranoidalnej. Z jednej strony badany czuł się lepiej, ponieważ głosy, które słyszał stały się mniej uciążliwe, z drugiej strony omamy i urojenia dotyczące zmiany płci również uległy ograniczeniu, co interpretował jako „odebranie kobiecej energii”. Po około roku regularnego zażywania olanzapiny stopniowo zmniejszał sobie dawki do momentu, kiedy zaprzestał jej zażywania. Wtedy też zaczął czytać w internecie artykuły na temat osób transpłciowych i w pewnym momencie poznał też inne osoby, które w jego mniemaniu czuły się podobnie jak on. Jak wspomina, spotkał się ze zrozumieniem w grupie osób transpłciowych, które po kilkutygodniowych rozmowach za pośrednictwem forum postanowił poznać osobiście, spotykając się z nimi w świecie rzeczywistym. Zdecydował się, tak jak i jego przyjaciółki, rozpocząć hormonalną terapię zastępczą oraz przejść proces prawnej korekty oznaczenia płci.

Badanie stanu psychicznego

Badany świadomy, o ograniczonym krytycyzmie, prawidłowej orientacji allo – i autopsychicznej, nastrój nieznacznie obniżony, napęd prawidłowy, afekt spłycony, tok i treść myślenia nieprawidłowe (występują urojenia prześladowcze, urojenia dotyczące „zmieniającej się” płci, omamy czuciowe doświadczane w okolicach okołogenitalnych i klatki piersiowej oraz omamy głosowe komentujące i rozkazujące), nie zgłasza myśli samobójczych.

Wyniki uzyskane przez badanego w wykorzystanych podczas badania narzędziach

MMPI-2 [46] – wysoki wynik w skali schizofrenii, podwyższony w skali paranoi oraz podwyższony w skali psychastenii (ale niższy od wcześniej wspomnianych), skala depresji nieznacznie podwyższona, uzyskane wyniki w skalach kontrolnych umożliwiały interpretację danych z kwestionariusza. SCID-I [47] – schizofrenia paranoidalna. SCID-II [48] – spełnione 3 kryteria schizoidalnych zaburzeń osobowości, 4 kryteria schizotypowych zaburzeń osobowości, 4 kryteria depresyjnych zaburzeń

osobowości. IPP [49] – typ: męski mężczyzna (niskie natężenie deklarowanych cech kobiecych, wysokie deklarowanych cech męskich). MoCA [51] – wyniki w granicach normy. WAIS-R [52] – wynik w granicach normy.

Dyskusja/komentarz do przypadku

Proces diagnozy trwał około pół roku, kiedy to stopniowo pozyskiwano zaufanie badanego, który zaczął ujawniać treści urojeniowe oraz o charakterze omamów. Informacje pozyskane podczas przeprowadzonego wywiadu klinicznego prezentują złożone trudności, jakie napotyka badany. Spełnia on ogólne kryteria schizofrenii (F20.0) oraz schizofrenii paranoidalnej według klasyfikacji ICD-10 [9] z powodu dominujących u niego urojeń oraz omamów w obrazie klinicznym. Potwierdzają to wyniki SCID-I [47] i MMPI-2 [46]. Pojedyncze kryteria diagnostyczne wywiadu ustrukturalizowanego SCID-II [48] zdają się obrazować nie tylko stan osoby badanej od czasu ujawnienia się schizofrenii, ale w dużej mierze też jej funkcjonowanie i problemy z okresu przedchorobowego. Nietypowo w tym kontekście przedstawiają się wyniki IPP, w którym badany uzyskał wysoki wynik na skali męskości oraz niski na skali kobiecości – co znacząco odstaje od wyników badań przeprowadzonych przez LaTorre [21], LaTorre i Piper [52] oraz Nassera i wsp. [53], które wykazały, że osoby ze zdiagnozowaną schizofrenią uzyskiwały niższe wyniki w skali męskości oraz wyższe w skali kobiecości. To, że trudności związane z identyfikacją płciową mają charakter urojeniowy, mogą potwierdzać: (1) fakt, że wystąpiły one po pierwszym ostrym epizodzie psychiatrycznym (okresowo tylko w częściowej remisji), oraz brak widocznych przesłanek wskazujących na występowanie niezgodności płci w okresie poprzedzającym epizod psychiatryczny, (2) zmniejszanie się intensywności urojeń „pseudotransseksualnych” pod wpływem farmakoterapii oraz zredukowanie omamów czuciowych związanych z „dojrzwaniem pochwy” pod penisem i moszną. Badany zgłosił się na konsultację w celu uzyskania diagnozy transseksualizmu umożliwiającej dokonanie korekty płci. Kryteria diagnostyczne transseksualizmu (F64.0) zamieszczone w ICD-10 [9] nie zostały przez niego spełnione: przedstawiał treści dotyczące płci o charakterze urojeniowym oraz omamów. Postrzeganie siebie jako kobiety było u badanego przede wszystkim uwarunkowane urojeniami dotyczącymi rozwijania się pochwy pod penisem i moszną, a dążenie do korekty płci – próbą podporządkowania się rozkazującym omamom słuchowym. Poziom determinacji do przeprowadzenia korekty płci był w dużej mierze uzależniony od stosowania się bądź nie do zalecanej przez lekarzy farmakoterapii redukującej objawy psychiatryczne – im badany bardziej się do nich stosował, tym zachowania oraz poczucie konieczności poddania się korekcie płci stawały się słabsze lub zanikały. Szczególnie ciekawe, z perspektywy autora opisu przypadku, były treści urojeniowe badanego objawiające się w przekonaniu, że jego ciało staje się „kobiece” pod wpływem bliżej nieokreślonych sił, których źródeł doszukiwał się w kosmosie.

Wnioski

W procesie diagnozy w kierunku transseksualizmu/dysforii płciowej/niezgodności płci szczególnie ważne jest ich odróżnienie od zaburzeń psychiatrycznych, przy czym – jak wskazuje literatura kazuistyczna – diagnoza np. schizofrenii wcale nie musi wykluczać występowania tego rodzaju zaburzeń [43–45]. Treści urojeniowe i omamowe mogą być jedynym źródłem przekonania o przynależności do płci innej niż ta przypisana po urodzeniu [23, 32], mogą również modyfikować odbiór własnej płciowości osoby transseksualnej/transpłciowej [34]. Gdy one występują, szczególnie zalecany jest tzw. test realnego życia [13], podczas którego osoba diagnozowana powinna być pod stałą opieką lekarza psychiatry (wdroży on odpowiednią farmakoterapię przeciwpsychotyczną) i psychologa.

Nie ulega wątpliwości, że proces diagnozowania transseksualizmu/dysforii płciowej wymaga pracy zespołu (psychiatry, psychologa, seksuologa, endokrynologa) – w innych krajach jest to już elementem dobrej praktyki [13] i jedną z podstawowych wytycznych WPATH (The World Professional Association for Transgender Health) [9].

Piśmiennictwo

1. Stusiński J, Lew-Starowicz M. *Objawy dysforii płci w schizofrenii*. Psychiatr. Pol. 2018; 52(6): 1053–1062.
2. Stusiński J, Lew-Starowicz M. *Tożsamość płci w schizofrenii*. Psychiatr. Pol. 2018; 52(6): 1041–1052.
3. Urban M. *Transseksualizm czy urojenia zmiany płci? Uniknąć błędnej diagnozy*. Psychiatr. Pol. 2009; 43(6): 719–728.
4. Urban M, Rabe-Jabłońska J. *Urojenia zmiany płci i dysmorfofobia w obrazie klinicznym schizofrenii paranoidalnej – opisy przypadków*. Psychiatr. Pol. 2010; 44(5): 723–733.
5. Dziemian A, Łucka I. *Transseksualizm czy zinternalizowana homofobia – studium przypadku*. Psychiatr. Pol. 2008; 42(1): 105–114.
6. Piegza M, Leksowska A, Pudło R, Badura-Brzoza K, Matysiakiewicz J, Gierlotka Z i wsp. *Zaburzenia identyfikacji płciowej czy zachowania andromimetyczne u ofiary kazirodztwa – studium przypadku*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(1): 135–144.
7. Gittleson NL, Levine S. *Subjective ideas of sexual change in male schizophrenics*. Br. J. Psychiatry. 1966; 112(489): 779–782.
8. Gittleson NL, Dawson-Butterworth K. *Subjective ideas of sexual change in female schizophrenics*. Br. J. Psychiatry. 1967; 113(498): 491–494.
9. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J i wsp. *Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, Version 7*. Inter. J. Transgenderism. 2012; 13(4): 165–232.
10. WHO. *International statistical classification of disease and related health problems, Tenth Revision (ICD-10)*. Geneva: WHO; 1992.
11. WHO. *ICD-11 beta draft*, 2016. <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en> (dostęp: 20.12.2018).

12. APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Text Revision.* Washington, DC: APA; 2013.
13. Cohen-Kettenis PT, Gooren van LJG. *Transsexualism: A review of etiology, diagnosis and treatment.* J. Psychosom. Res. 1999; 46(4): 315–333.
14. Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJ, Meyer III WJ, Spack NP i wsp. *Endocrine Treatment of Transsexual Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline.* J. Clin. Endocrin. Metabol. 2009; 94(9): 3132–3154.
15. Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJG, Schwalb DF. *A sex difference in the human brain and its relation to.* Nature. 1995; 378(2): 68–70.
16. Case LK, Ramachandran VS. *Alternating gender incongruity: A new neuropsychiatric syndrome providing insight into the dynamic plasticity of brain-sex.* Med. Hypotheses. 2012; 78(5): 626–631.
17. Rajkumar RP. *Gender identity disorder and schizophrenia: Neurodevelopmental disorders with common causal mechanisms?* Schizophr. Res. Treatment. 2014; 2014: 463757.
18. Bevan TE. *The Psychobiology of transsexualism and transgenderism: A new view based on scientific evidence.* Santa Barbara: ABC-CLIO; 2014.
19. Collin L, Reisner SL, Tangpricha V, Goodman M. *Prevalence of transgender depends on the “case” definition: A systematic review.* J. Sex. Med. 2016; 13(4): 613–626.
20. Arcelus J, Bouman WP, Van Den Noortgate W, Claes L, Witcomb G, Fernandez-Aranda F. *Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism.* Eur. Psychiatry. 2015; 30(6): 807–815.
21. LaTorre RA. *The psychological assessment of gender identity and gender role in schizophrenia.* Schizophr. Bull. 1976; 2(2): 266–285.
22. Fontanari AMV, Andrezza T, Costa AB, Salvador J, Koff WJ, Augiar B i wsp. *Serum concentrations of brain-derived neurotrophic factor in patients with gender identity disorder.* J. Psychiatr. Res. 2013; 47(10): 1546–1548.
23. Borrás L, Huguelet Ph, Eytan A. *Delusional ‘pseudotranssexualism’ in schizophrenia.* Psychiatry. 2007; 70(2): 175–179.
24. Kuppli PP, Prakash S, Deb KS, Chadda RK. *Being 80% female and 20% male: Delusional pseudotranssexualism in a case of schizophrenia.* Asian J. Psychiatr. 2018; 32: 114–115.
25. Manderson L, Kumar S. *Gender identity disorder as a rare manifestation of schizophrenia.* Aust. N Z J. Psychiatry. 2001; 35(4): 546–547.
26. Krafft-Ebing von R. *Psychopathia sexualis*, 1892 <https://archive.org/details/psychopathiasexualis00kraf> (dostęp: 22.09 2018).
27. Commander M, Dean C. *Symptomatic transsexualism.* Br. J. Psychiatry. 1990; 156(6): 894–896.
28. Connolly FH, Gittleson NL. *The relationship between delusions of sexual change and olfactory and gustatory hallucinations in schizophrenia.* Br. J. Psychiatry. 1971; 119(551): 443–444.
29. Veeder TA, Leo RJ. *Male genital self-mutilation: A systematic review of psychiatric disorders and psychosocial factors.* Gen. Hosp. Psychiatry. 2017; 44: 43–50.
30. Caldwell C, Keshavan MS. *Schizophrenia with secondary transsexualism.* Can. J. Psychiatry. 1991; 36(4): 300–301.
31. Jiloha RC, Bathla JC, Baweja A, Gupta V. *Transsexualism in schizophrenia: A case report.* Indian J. Psychiatr. 1998; 40(2): 186–188.
32. Campo J, Nijman H, Evers C, Merckelbach HLGJ, Decker I. *Gender identity disorders as a symptom of psychosis, schizophrenia in particular.* Ned. Tijdschr. Geneesk. 2001; 145(39): 1876–1880.

33. Zafar R. *Schizophrenia and gender identity disorder*. Psychiatric Bulletin. 2008; 32(8): 316–317.
34. Baltieri DA, De Andrade AG. *Schizophrenia modifying the expression of gender identity disorder*. J. Sex. Med. 2009; 6(4): 1185–1188.
35. Cole CM, O'Boyle M, Emory LE, Meyer WJ. *Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses*. Arch. Sex. Behav. 1997; 26(1): 13–26.
36. Hepp U, Kraemer B, Schnyder U, Miller N, Delsignore A. *Psychiatric comorbidity in gender identity disorder*. J. Psychosom. Res. 2005; 58(3): 259–261.
37. Campo à J, Nijman H, Merckelbach H, Evers C. *Psychiatric comorbidity of gender identity disorders: A survey among Dutch psychiatrists*. Am. J. Psychiatry. 2003; 160(7): 1332–1336.
38. Giltay EJ, Gooren LJG, Cohen-Kettenis PT, Boenink AD, Eekhout AM, Heller HM. *Comorbidity of gender identity disorders*. Am. J. Psychiatry. 2004; 161(5): 934–934.
39. Gómez-Gil E, Trilla A, Salamero M, Godás T, Valdés M. *Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain*. Arch. Sex. Behav. 2009; 38(3): 378–392.
40. Lobato MI, Koff WJ, Schestatsky SS, Chaves CPDV, Petry A, Crestana T i wsp. *Clinical characteristics, psychiatric comorbidities and sociodemographic profile of transsexual patients from an outpatient clinic in Brazil*. Int. J. Transgenderism. 2007; 10(2): 69–77.
41. Hoshiai M, Matsumoto Y, Sato T, Ohnishi M, Okabe N, Kishimoto Y i wsp. *Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder*. Psychiatry Clin. Neurosci. 2010; 64(5): 514–519.
42. Heylens G, Elaut E, Kreukels BP, Paap MC, Cerwenka S, Richter-Appelt H i wsp. *Psychiatric characteristics in transsexual individuals: Multicentre study in four European countries*. Br. J. Psychiatry. 2014; 204(2): 151–156.
43. Bhargava SC, Sethi S. *Transsexualism and schizophrenia: A case report*. Indian J. Psychiatry. 2002; 44(2): 177–178.
44. Siddiqui JA, Qureshi SF, Shawosh YBA, Marei WM. *Gender dysphoria (transsexualism) and schizophrenia: A case report*. Indian Mental Health. 2017; 4(4): 410–413.
45. Meijer JH, Eekhout GM, Van Vlerken RH, De Vries AL. *Gender dysphoria and co-existing psychosis: Review and four case examples of successful gender affirmative treatment*. LGBT Health. 2017; 4(2): 106–114.
46. Buther JN, Graham JR, Ben-Porath YS, Tellegen A, Dahlstrom WG. *MMPI-2 – Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości – 2. Podręcznik stosowania, oceny i interpretacji. Wersja zrewidowana (polska normalizacja)*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2012.
47. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW. *Ustrukturalizowany wywiad kliniczny do badania zaburzeń z osi I DSM-IV-TR. Podręcznik SCID I*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2014.
48. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. *Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń Osobowości z Osi II DSM IV (SCID-II)*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2010.
49. Kuczyńska A. *Inwentarz do oceny płci psychologicznej: podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 1992.
50. Gierus J, Mosiołek A, Koweszko T, Kozyra O, Wnukiewicz P, Łoza B i wsp. *Montrealaska Skala Oceny Funkcji Poznawczych MoCA 7.2 – polska adaptacja metody i badania nad równoważnością*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(1): 171–179.

51. Brzeziński J, Gaul M, Hornowska E, Jaworowska A, Machowski A, Zakrzewska M. *WAIS-R (PL) – Skala Inteligencji Wechslera dla Dorosłych – wersja zrewidowana. Renormalizacja*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2004.
52. LaTorre RA, Piper WE. *Gender identity and gender role in schizophrenia*. J. Abnorm. Psychol. 1979; 88(1): 68–72.
53. Nasser EH, Walders N, Jenkins JH. *The experience of schizophrenia: What's gender got to do with it? A critical review of the current status of research on schizophrenia*. Schizophr. Bull. 2002; 28(2): 351–362.

Adres: Tomasz Jakubowski
Uniwersytet Śląski w Katowicach
Instytut Psychologii
Zakład Psychologii Społecznej i Środowiskowej
40-126 Katowice, ul. Grażyńskiego 53
e-mail: tomasz.jakubowski@us.edu.pl

Otrzymano: 1.07.2019
Zrecenzowano: 3.09.2019
Otrzymano po poprawie: 4.09.2019
Przyjęto do druku: 18.09.2019